

FORMULARZ OFERTY

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów przez pielęgniarki w oddziałach oraz innych medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

Nazwa Oferenta.....
Adres (siedziba) Oferenta.....
Nr telefonu
Kwalifikacje zawodowe
NIP
Regon
Organ rejestracyjny.....
Nr wpisu do rejestru.....

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie na świadczenie usług medycznych w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, składam ofertę udzielania świadczeń wg następującej stawki:

Rodzaj udzielanej usługi medycznej /1/	Stawka za 1 godzinę udzielania usługi medycznej (w zł) /2/
Udzielanie usług medycznych w oddziałach i innych medycznych komórkach organizacyjnych szpitala	

Kolumnę /2/ wypełnia Oferent.

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowych warunków konkursu ofert oraz odpowiednim projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, wyposażenia, aparatury i sprzętu medycznego, środków medycznych, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i czasie wyznaczonym przez organizatora konkursu.
4. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej odpowiadającego warunkom obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonego w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z dnia 15 lutego 2013, poz. 217 z późn. zm.) i zgodnego z przepisami wydanymi na jego podstawie oraz zobowiązuję się do utrzymywania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
5. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne udzielane będą przez osoby zgodnie z załączoną listą imienną (wraz z ich podpisami) oraz kwalifikacjami zawodowymi i zgodą na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności oferenta.

.....
Podpis Oferenta lub osób uprawnionych
do reprezentowania Oferenta